PÉRITONITE AIGUE

MODULE DE GASTRO ENTEROLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

05 FEVRIER 2017

PR Ag D.BENAIBOUCHE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE
CHU BAB EL OUED

INTRODUCTION :

- C’est une inflammation aigue de la séreuse péritonéale

.

- Localisée : abcès intra abdominaux
  généralisée

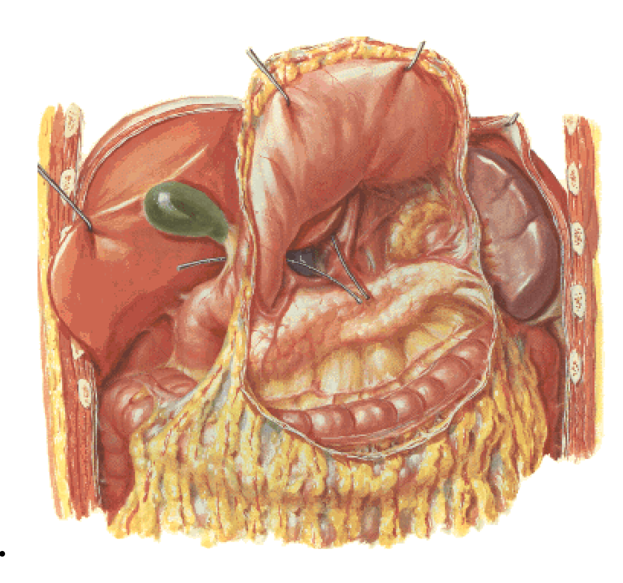
- Diagnostic : Clinique contracture +++
- Défaillance viscérale : signe de gravité +++

- Secondaire : perforation d’un organe creux , foyer septique intra abdo
  Primitive : hématogène , infection ascite , KT de dialyse : trt médical

- C’est une urgence medico - chirurgicale.

Pc : précocité Dc trt et étiologie

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE



Péritoine :

Séreuse :

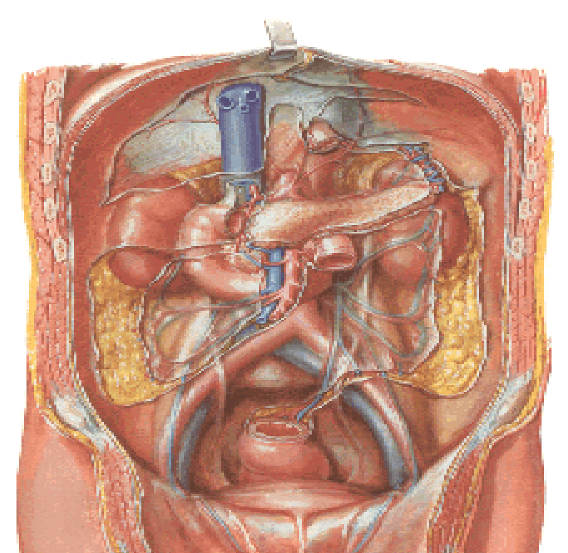
→ F viscéral et pariétal (cavité virtuelle)

→Glissement des organes

→ Vx , nerfs ++ (Exsudation et douleur)

→ Replis péritonéaux : régions déclives epcht : loges s/phrénique , Morrison , gouttières parieto colique ,douglas.

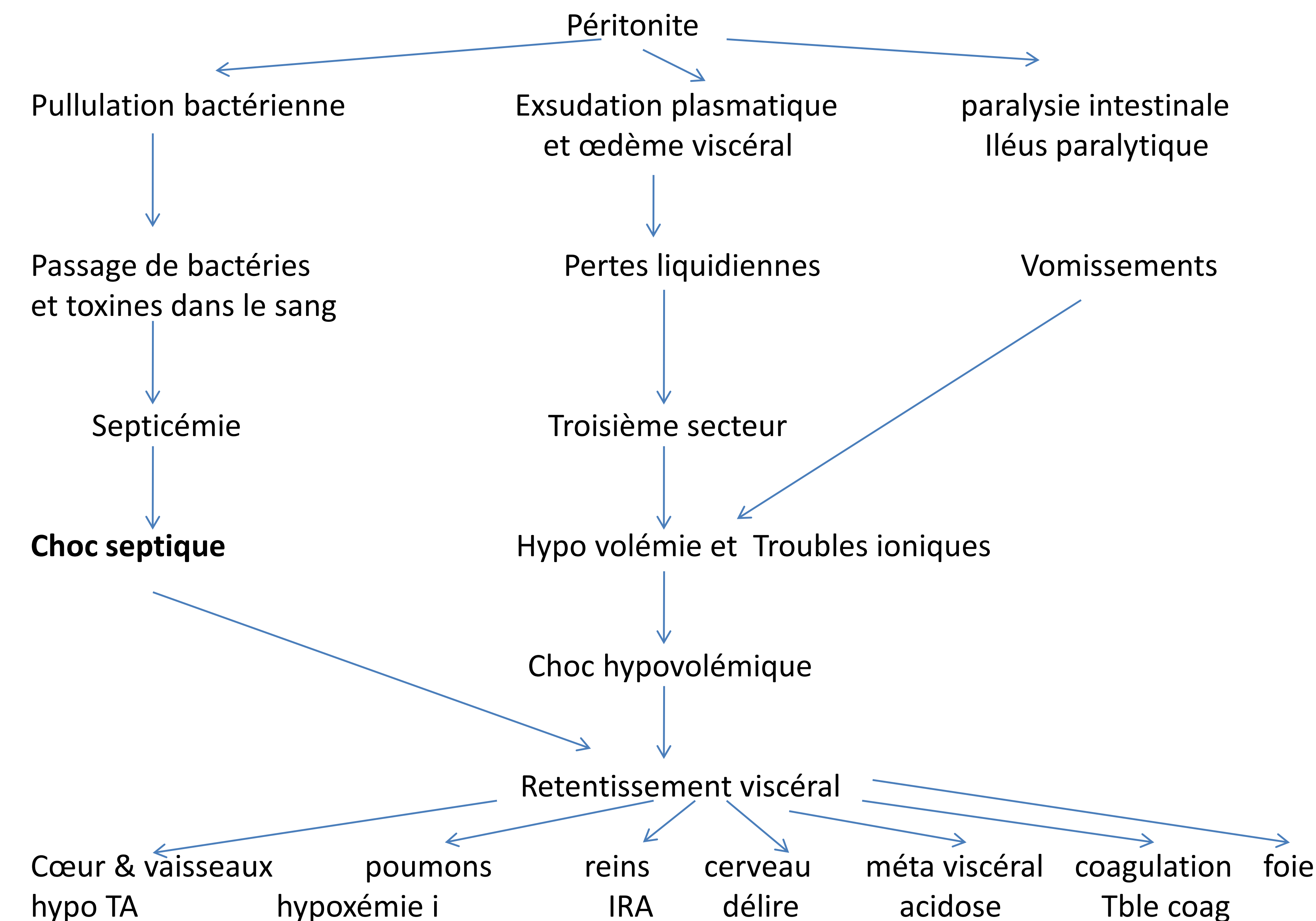
→ méso colon : étage sus et s/méso colique



sérosité visqueuse riche en protéine : Mvt des feuillets +++

secrète liquide bactéricide : Mbrane dyalisante semi perméable

→résorption des petites foyers et collection (hématome)


Péritonite
Pullulation bactérienne
Exsudation plasmatique
et œdème viscéral
paralysie intestinale
Iléus paralytique
Passage de bactéries
et toxines dans le sang
Pertes liquidiennes
Vomissements
Septicémie
Troisième secteur
Choc septique
Hypo volémie et Troubles ioniques
Choc hypovolémique
Retentissement viscéral
Cœur & vaisseaux
poumons
reins
cerveau
méta viscéral
coagulation
foie
hypo TA
hypoxémie i
IRA
délire
acidose
Tble coag
Ictère
Tachycardie
hypocapnie
coma coagulation

- ***Péritonite chimique*** : [redacted]

  Perforation gastro duodénale +++ , Kc , nécrose gastrique (caustique)

  perforation vésiculaire

- ***Péritonite septique*** : Agression d'emblée bactérienne

  ❖ ***Perforation d'un organe creux*** :

✓ ***Colon :***

- KC
- Diastasique (cæcum, en amont d'un obstacle)
- Iatrogènes (coloscopie)
- Colites aiguës infectieuses et ischémiques (y compris diverticulites aigues, MICI)
- Traumatismes

✓ ***Grêle :***

- Strangulation (nécrose d'un volvulus vu tardivement) ;
- Infarctus du mésentère ;
- Perforation traumatique, typhique, sur MICI, sur bézoard…

❖ ***Diffusion d'un foyer septique intra-abdominal (péritonite en 1 ,2 ou 3 temps)***

1aire : translocation , hématogène

2aire : perforation ensuite péritonite

3aire : Abcès , perforation , péritonite

❖ ***Post opératoire :*** *Lâchage anastomotique* +++

[redacted]

➢Signes fonctionnels :

- Douleur abdominale brutale et intense +++ Localisée au début puis diffuse.
- vomissements et arrêt des matières et des gaz (iléus reflexe)

➢ Signes généraux :

- Fièvre , frissons
- Facies toxique , Altération de l'état général
- installation progressif d'un état de choc Hypo TA , poul rapide
- Oligo anurie 2aire IRA Fclle
- Dyspnée voir SDRA , délire , confusion voir coma vu tardivement

➢ Signes physique

- Défense abdominale → contracture abdominale (ventre de bois) +++
- TR très douloureux cri de Douglas

DC + PA est clinique +++ DC étiologique est souvent porté en per opératoire

[redacted]

- BIOLOGIE :

FNS	hyper leucocytose
Bilan rénal	perturbé au stade avancé (IRA)
Hémocultures	sont parfois positives

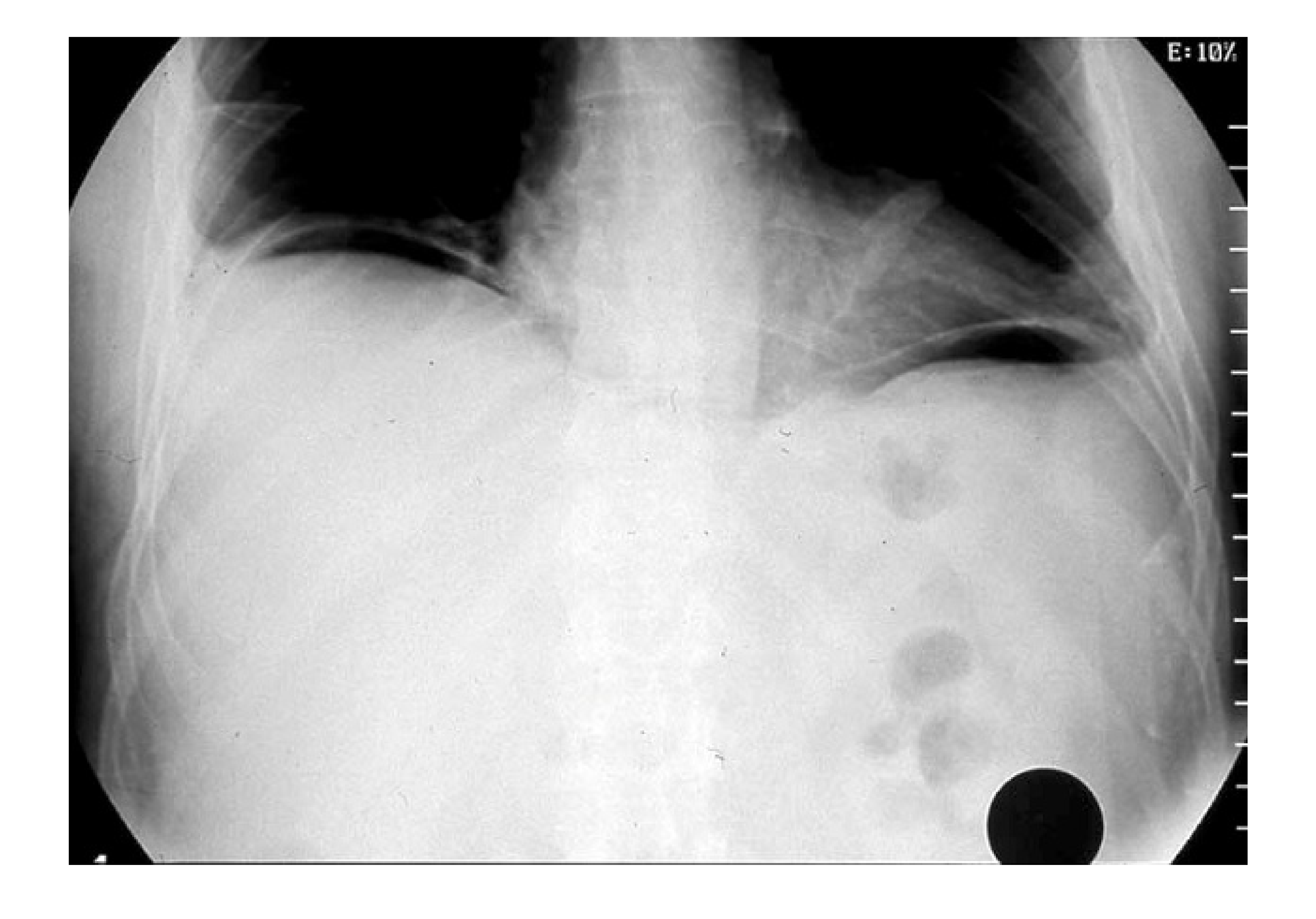
Bilan pré opératoire et retentissement

- RADIOLOGIE

Telethorax , ASP PNP , NHA

Echographie epcht intra péritonéal

TDM Epcht intra péritonéal + PNP → DC étiologique


E: 10%

[redacted]

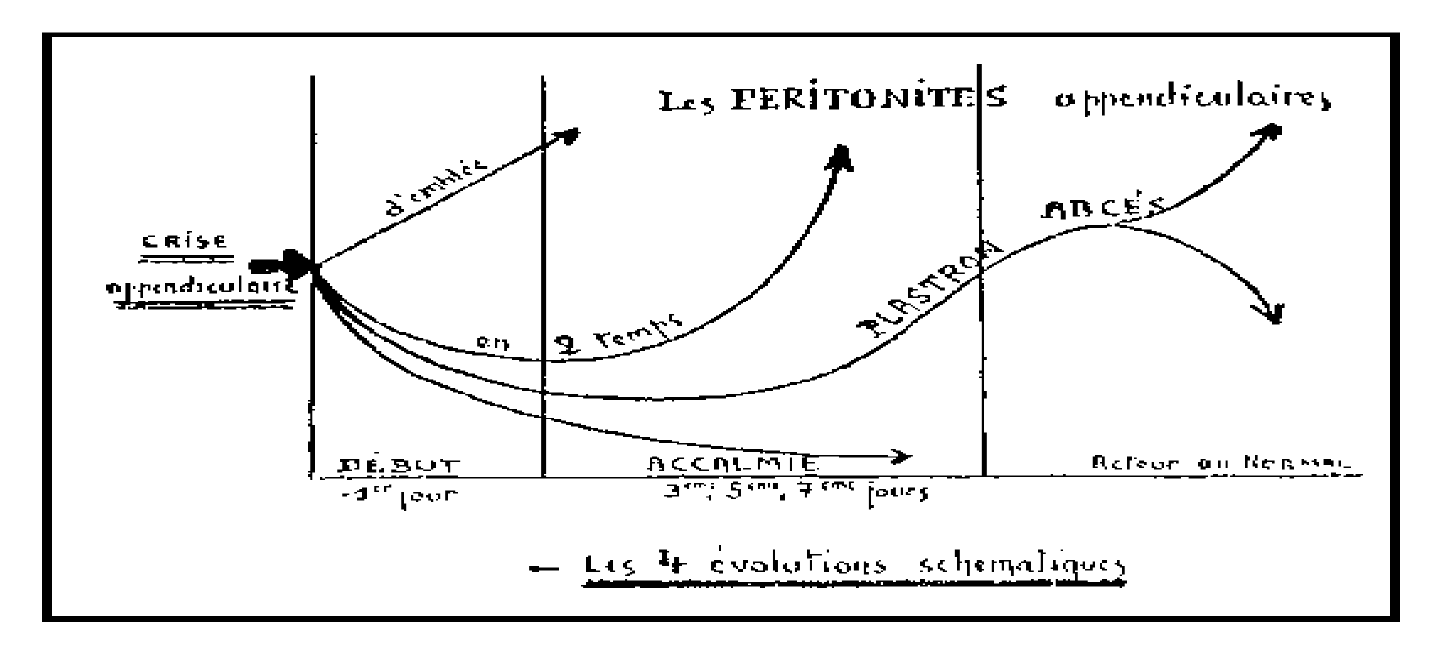
A. Formes étiologiques :

a. Péritonite appendiculaire :

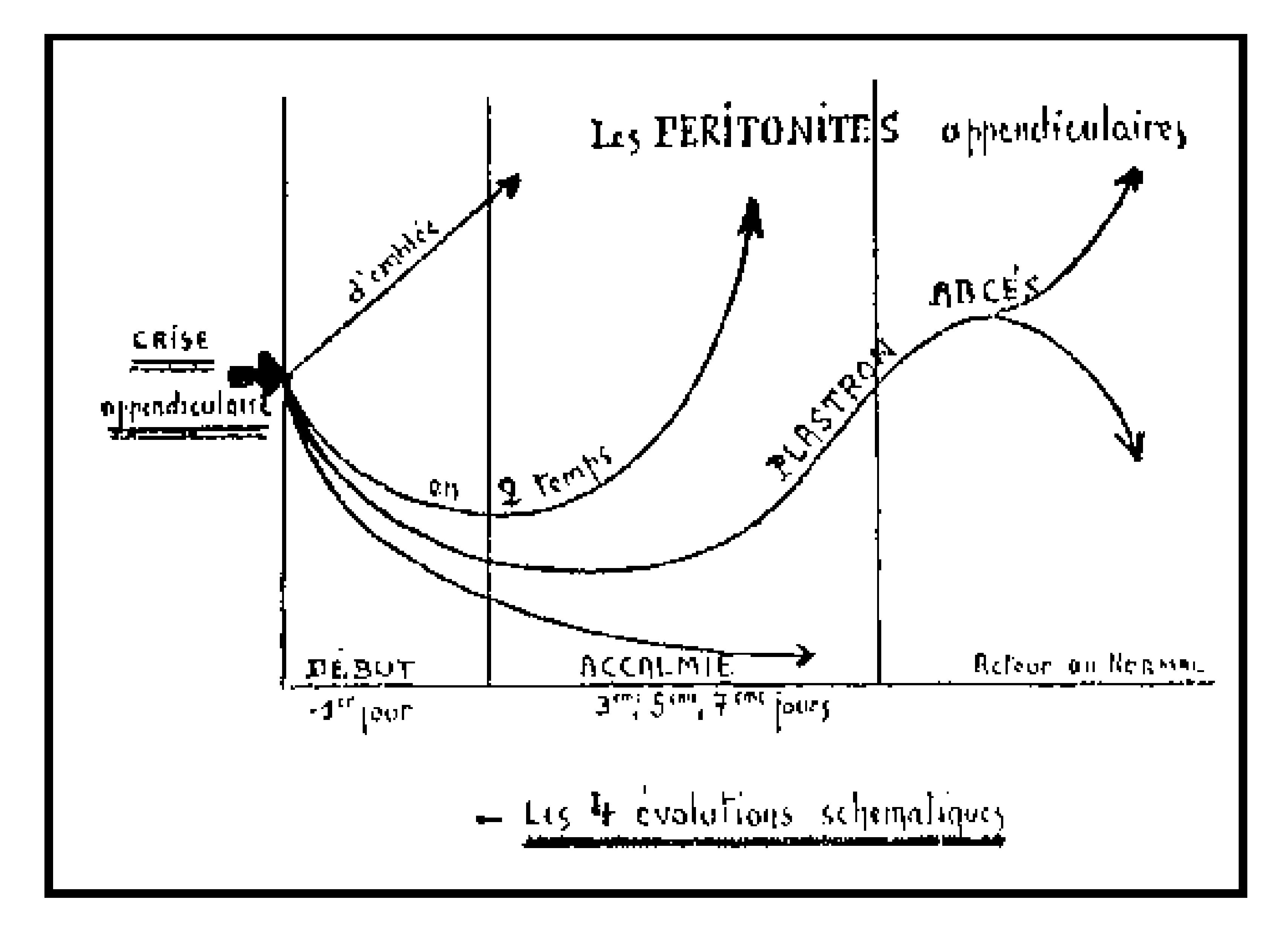
jeune +++

Signes pred FIDte +++

urgence medico chirurgicale +++



Evolutions possibles de l'appendicite



Evolutions possibles de l'appendicite

b. Perforation UGD :

inaugural , ou ATCD UGD , prise AINS

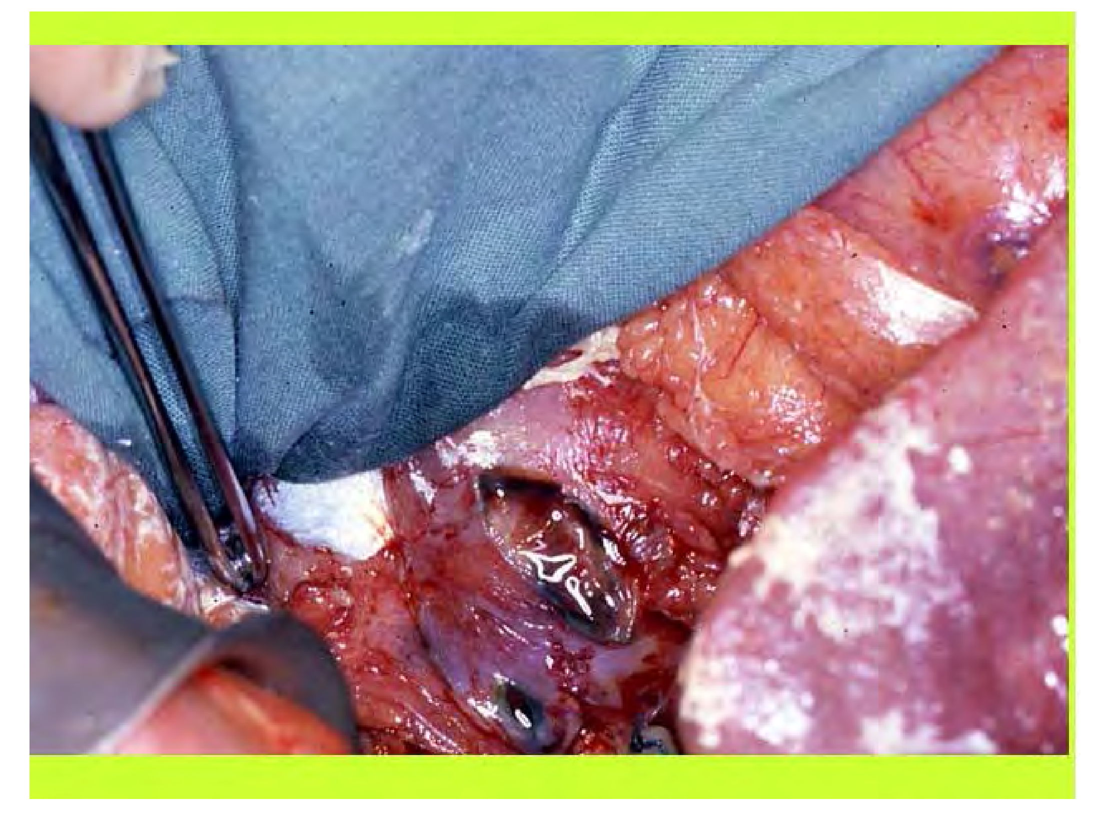
douleur épigastrique en coup de poignard brutal puis diffuse

Absence fièvre au début P chimique (<6h) contamination par translocation

ASP : PNP +++ 70%

Endoscopie haute contre indiquée +++

TRt medico chirurgical



C La péritonite d'origine colique

- Diverticule , Diastasique , Tm
- Aadulte de plus de 50 ans.
- DC → TDM
- Chirurgie après réa +++

D péritonite biliaire

- *CAL +++ diabétique*
- *Femmes ++*
- *DC + échographie / TDM*

e. Péritonite génitale

- femme en activité génitale ; Touchers pelviens douloureux lors mobilisation utérus ; DC est per opératoire +++

F . Péritonite post opératoire :

DC difficile , opéré récent syndrome infectieux

lâchage anastomotique

Tble transit : reprise précoce transit par une diarrhée / OIA

Signes extra digestifs cardio resp tble conscience ; hoquet

liquide digestif par le drainage

urgence medico chirurgicale

grave

g Péritonite après examen endoscopique

Perforation duodénale après une endoscopie haute ou perforation colique après une endoscopie basse.

H Péritonite et cirrhose

Une infection du liquide d'ascite, spontanée ou après un geste de drainage, conséquences sont dramatiques.

J Péritonite primitive

sont rares: 1% des péritonites.
apparaissent spontanément, probablement par diffusion hématogène des germes.
Les germes en cause pneumocoque et bacille de Koch

Péritonite d'autres causes

Des péritonites par perforation gastrique,
par perforation du grêle
par perforation vésicale sont également possibles.
souvent péritonites sur pathologies préexistantes (volvulus, brides, maladie de Crohn, entérite nécrosante, infarctus mésentérique, pathologie post-radique ...).

K

Formes symptomatiques :

- *Occlusives : snd occlusif +++ , sujet âgé*
  distension abdominal , absence de contracture , défense abdominale .
  ASP : NHA parfois PNP → DC PA
  TDM +++
  DC parfois en per opératoire

- *Toxique : Enfant +++*
  signes infectieux +++ parfois diarrhée
  défense abdominale orientation DC
  DC # méningite

- *asthénique*
  âgé , terrain taré , après ATB
  Snd infectieux sévère +++ ; signes fonctionnels discret
  Abdomen distendu sans défense ni contracture
  ASP → PNP
  Echo / TDM +++ → épanchements , étiologie :
- *vue tardivement :*
  état de choc , tble de la conscience ; IR ; ictère , SDRA
  mauvais PC malgré chirurgie , chaque lésion va évoluer pour son propre compte

Formes localisées

Abcès sous phrénique : douleur HPC + signes respiratoires
post opératoire : hépato biliaire , splénectomie
signes infectieux : T > 39 poul accéléré
abdomen souple
GB > 10000
Echo / TDM → DC et trt

Abcès du douglas : collection pelvienne entre la vessie et le rectum
Douleur pelvienne , hypogastrique
synd infectieux
signes urinaire + signes rectaux : ténesme ; épreinte
syn occlusif est fréquent
GB > 10000
écho / TDM → DC et ponction

Abcès appendiculaire
Péritonite localisée au niveau de la FIDte 2aire a une appendicite aigue nn traité

Plastron vésiculaire
Péritonite localisé en sous hépatique 2aire a une poussée de CA

Évolution

En absence de traitement : → Dramatique

Thrombose septique : mésentérique et porte défaillance poly viscérale

Emboles septique a distance : rein cœur poumon cerveau

Défaillance poly viscérale : hoc hypovolemique + choc septique

Pronostic très mauvais : mortalité +++

[redacted]

- Affections chirurgicales :
  - Pancréatite aigue
  - Infarctus mésentérique
  - Hemoperitoine
- Affections médicales
  - IDM
  - Crise hyperalgique UGD

[redacted]

URGENCE MEDICO CHIRURGICALE

✓Traitement médical : réanimation +++

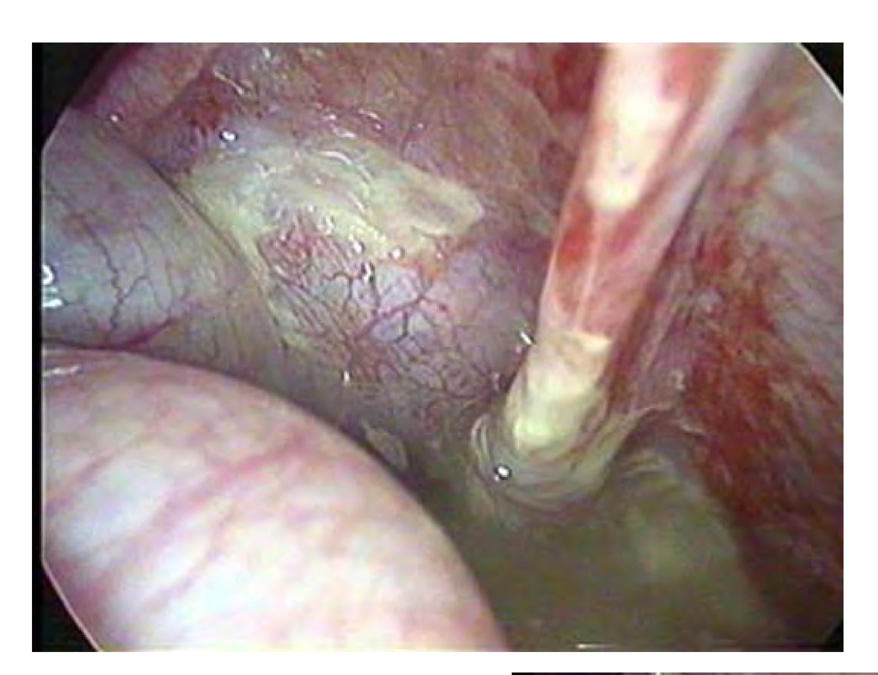
- lutter contre l'hypo volémie :
  remplissage vasculaire. Voie périphérique et centrale mesure PVC
- corriger les troubles ioniques
  fonction du résultat de l'ionogramme sanguin
- Lutter contre l'infection :
  Large spectre BGN et anaérobies
  Antibiogramme
- Corriger l'insuffisance rénale aiguë
  remplissage, Lasilix®, épuration extra rénale.
- Lutter contre les troubles respiratoires :
  oxygénation, intubation et ventilation assistée.
- Mettre une sonde gastrique en aspiration en cas de vomissements abondants.

- mise en place d'une sonde urinaire : diurèse

✓ **Traitement chirurgical**

But : trt de la péritonite
supprimer la cause

- **Voie d'abord**
  - **- Laparotomie large exploration de la totalité de la cavité abdominale**
  - **- cœlioscopie : appendiculaire , perforation, UGD +++**
- **Aspiration et prélèvement de l'épanchement intra péritonéale et pour ECB**
- **Exploration de la totalité de la cavité abdominale**
- **Toilette péritonéale abondante**
- **trt de la cause**
- **Drainage large**







[redacted]

✓ ***La mortalité est fonction de l'étiologie et du terrain :***

- Péritonite appendiculaire chez un adulte jeune = 0.1 %.
- Péritonite appendiculaire chez un vieillard taré = 5 %.
- Péritonite d'origine colique = 8 %.
- Péritonite post opératoire = 30 %.

✓ ***Morbidité :***

Les complications post opératoires sont fréquentes surtout chez les vieux : infections de paroi, phlébites, insuffisance rénale, décompensation de tares

CONCLUSION

La péritonite aigue est une complication grave dans sa forme typique est de diagnostic clinique.

L'étiologie est découverte à ciel ouvert ; elle peu être anticipée par l'interrogatoire et l'examen clinique.

Le scanner est utile dans les formes inhabituelles.

Urgence medico chirurgicale

Le pronostic dépend du terrain, de l'étiologie et de la précocité du traitement.